

**С.Е. КАТОРКИН, Л.А. ЛИЧМАН, П.С. АНДРЕЕВ**

Самарский государственный медицинский университет

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ  
С ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ КОПЧИКОВОЙ КИСТОЙ**

Проанализированы результаты хирургического лечения пациентов с эпителиальной копчиковой кистой. Все пациенты разделены на 2 группы соответственно выполненному оперативному пособию. Проведен анализ результатов лечения пациентов сравнимых групп по времени оперативного вмешательства, ранним послеоперационным осложнениям, рецидивам заболевания, выраженности болевого синдрома, срокам реабилитации. Статистически доказано преимущество ушивания раны непрерывным швом с захватом дна раны над ушиванием раны швами по Мошквичу.

**Ключевые слова:** эпителиальная копчиковая киста; хирургическое лечение; способ ушивания раны непрерывным швом

**Каторкин Сергей Евгеньевич** - заведующий кафедрой госпитальной хирургии, доцент. E-mail: katorkinse@mail.ru

**Личман Леонид Андреевич** - врач хирург хирургического отделения клиники госпитальной хирургии. E-mail: lichman163@gmail.com

**Андреев Павел Сергеевич** - ассистент кафедры госпитальной хирургии, врач колопроктолог клиники госпитальной хирургии. E-mail: pasbaandreev@yandex.ru

**S.E. KATORKIN, L.A. LICHMAN, P.S. ANDREEV**

Samara State Medical University

**ANALYSIS OF SURGICAL TREATMENT RESPONSE  
IN PATIENTS WITH EPITHELIAL COCCYGEAL CYST**

The article analyses results of surgical treatment of epithelial coccygeal cyst. All patients were divided into 2 groups according to performed operative treatment. The data analysis included comparison of the time of surgery, early postoperative complications, recurrence of the disease, severity of pain, rehabilitation duration. The advantages of wound closure by continuous suture and wound bed picking up over Moshkovich suture were proved statistically.

**Key words:** Pilonidal sinus; surgery; a method of suturing a wound continuous suture.

**Sergey Evgenievich Katorkin** – Head of the Hospital Surgery Department, Associate Professor. E-mail: katorkinse@mail.ru

**Leonid Andreevich Lichman** – Surgeon, Surgical Department of Hospital Surgery Clinic. E-mail: lichman163@gmail.com

**Pavel Sergeevich Andreev** – Assistant of the Hospital Surgery Department, Coloproctologist of Hospital Surgery Clinic. E-mail: pasbaandreev@yandex.ru

Эпителиальная копчиковая киста (ЭКК) – ложная киста, выстланная гранулематозной тканью, располагающаяся в подкожно-жировой клетчатке межягодичной складки. Наружные свищевые ходы служат местом сообщения полости кисты с внешней средой и являются входными воротами для инфекции. Механические травмы и закупорка первичных свищевых отверстий приводят к нарушению оттока и способствуют возникновению воспаления [5, 6, 7].

О происхождении данного заболевания до сих пор ведется дискуссия, и ученые не пришли к единому мнению. Среди всех теорий этиопатогенеза можно выделить следующие основные группы: 1) эмпирические теории; 2) теория нейrogenного происхождения; 3) теория эк-

тодермального происхождения; 4) теории приобретенного происхождения [4]. Большинство российских ученых считают данную патологию врожденной, в то время как зарубежные коллеги, наоборот, – приобретенной вследствие травм крестцово-копчиковой зоны.

Данное заболевание встречается чаще у лиц молодого трудоспособного возраста. Соотношение по полу мужчин и женщин – 4:1. Из всех гнойно-воспалительных заболеваний области заднего прохода 15% занимает воспаление ЭКК. При профилактических осмотрах детей и подростков данная патология выявлена у 4-5% обследованных [2, 3, 4].

Единственным методом радикального лечения данной патологии является опе-

ративное лечение: производят иссечение копчиковой кисты в пределах здоровых тканей [1, 7].

Впервые метод хирургического лечения ЭКК описал A. Anderson в 1847 году, с тех пор способ операции неоднократно менялся [9]. Все методики хирургического лечения ЭКК делятся на три основные группы: “открытые”, “закрытые”, “полуоткрытые”. Самым распространенным методом хирургического лечения эпителиального копчикового хода в настоящее время является марсупиализация (иссечение полости ЭКК с подшиванием краев раны ко дну), предложенная L. Vuie в 1937 году [10]. Несмотря на большое количество исследований по данной патологии, у 24% пациентов возникают послеоперационные осложнения [6, 8]. Данные литературы свидетельствуют о недостаточной эффективности существующих методов оперативного лечения и большом количестве ранних послеоперационных осложнений (нагноение послеоперационной раны, несостоятельность кожных швов), часто отмечаются некрозы кожно-жировых лоскутов, вследствие их излишнего натяжения, увеличиваются сроки реабилитации пациентов, заживления раны, и образуются грубые послеоперационные рубцы.

**Цель исследования:** провести анализ результатов лечения пациентов с эпителиальной копчиковой кистой путем закрытия раны непрерывным швом с подхватом дна раны.

### **Задачи исследования:**

1. Провести анализ операции иссечения эпителиальной копчиковой кисты путем закрытия послеоперационной раны непрерывным швом с подхватом дна раны.

2. Уменьшить количество ранних послеоперационных осложнений.

3. Снизить сроки реабилитации пациентов.

4. Добиться лучшего косметического эффекта.

**Научная новизна:** применение способа радикального оперативного лечения эпителиальной копчиковой кисты путем закрытия послеоперационной раны непрерывным швом с подхватом дна раны.

### **Материалы и методы**

Проведен анализ непосредственных результатов лечения эпителиальной копчиковой кисты путем иссечения и ушивания раны швами по Мошковичу и иссечения ЭКК с закрытием послеоперационной раны непрерывным швом с подхватом дна раны.

Критерии включения пациентов в исследование были следующие: возраст от

18 до 50 лет; пол любой; отсутствие беременности; подтвержденный диагноз: эпителиальная копчиковая киста.

Критериями исключения из исследования являлись: отказ пациента от лечения на любом этапе исследования; абсцедирование эпителиальной копчиковой кисты; гематологическая и неврологическая патология; постоянный прием антикоагулянтов; сахарный диабет; период лактации, беременности; ВИЧ-инфекция IV б.ст.

Проведен сравнительный анализ применяемых нами 2-х методов оперативного лечения эпителиальной копчиковой кисты. Все пациенты (n=47) методом случайной выборки разделены на 2 группы. Средний возраст пациентов составил 29 лет.

Основную группу (группа I) составили 23 пациента (48,9%), которым выполнена модификация операции – иссечение ЭКК с закрытием послеоперационной раны непрерывным швом с подхватом дна раны. В анализируемой группе мужчин было 18 (78,3%), женщин – 5 (21,7%). Период проведения исследования: сентябрь 2016 г. – февраль 2017 г.

Контрольную группу (группа II) составили 24 пациента (51,1%), которым выполнено иссечение ЭКК со швами по Мошковичу. При анализе этой группы пациентов отмечается, что мужчин было 20 (83,3%), женщин – 4 (16,7%). В данной группе выполнено ретроспективное исследование в период с июня 2016 г. по декабрь 2016 г.

Операции в обеих группах выполнялись в клинике госпитальной хирургии Клиник ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России. До обращения в клинику у всех пациентов обеих групп ранее было произведено хирургическое вскрытие нагноившейся эпителиальной копчиковой кисты. Длительность заболевания составила от 4 месяцев до 5 лет. Перед операцией тщательно изучен анамнез заболевания. Комплекс обследования до начала лечения включал физикальное обследование, пальцевое исследование прямой кишки, общеклиническое обследование. Обе группы представлены в таблице 1.

Все операции в обеих группах выполнены в положении пациента на животе по Депажу под спинномозговой анестезией.

В обеих группах всем пациентам с инфильтратом в области эпителиальной копчиковой кисты выполнялась пункция инфильтрата. Если при данном исследовании было получено гнойное отделяемое, пациент исключался из исследования и ему выполнялось вскрытие гнойной полости, без радикального иссечения эпителиальной копчиковой кисты.

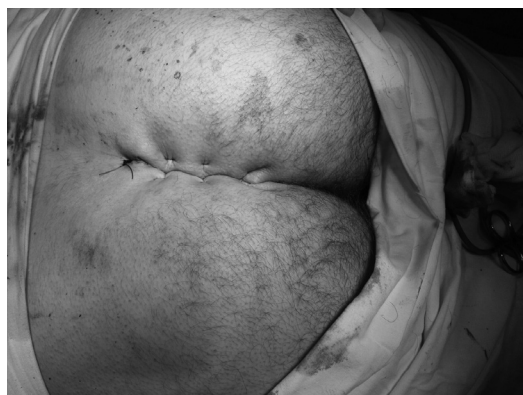
**Соотношение пациентов по полу в группах (n=47)**

Группы пациентов	Количество мужчин Абс (%)	Количество женщин Абс (%)	Всего Абс (%)
Основная группа	18 (78,3%)	5 (21,7%)	23 (100%)
Контрольная группа	20 (83,3%)	4 (16,7%)	24 (100%)
Итого	38 (80,8%)	9 (19,2%)	47 (100%)

Всем пациентам основной группы после обработки операционного поля и прокрашивания свищевого хода красителем производился ромбовидный разрез с иссечением ЭКК, с помощью электрокоагулятора. Полость эпителиальной копчиковой кисты вместе с окружающей подкожной клетчаткой иссекалась в пределах здоровых тканей до позвоночно-крестцовой фасции. Края послеоперационной раны фиксировались непрерыв-

ным швом с подхватом дна раны. Швы на коже имели параллельное направление к основной ране. Фиксация кожного лоскута к крестцово-позвоночной фасции осуществлялась швами под углом 45° относительно основной раны. В качестве шовного материала использовалась монофиламентная нить с длительным периодом рассасывания.

Вид послеоперационной раны представлен на рисунках 1,2.



**Рис. 1. Вид послеоперационной раны**



**Рис. 2. Послеоперационная рана на 20-е сутки**

В послеоперационном периоде осуществлялась ранняя активация пациента (следующие сутки). Назначали ненаркотические анальгетики и антибиотики широкого спектра действия цефалоспоринового ряда. Выписка пациентов из стационара осуществлялась в среднем на 7-8 сутки. Снятие же шва – в среднем на 20 сутки. В послеоперационном периоде пациентам рекомендовалось бритье волос области послеоперационной раны не реже одного раза в неделю и соблюдение правил личной гигиены.

Пациентам контрольной группы после обработки операционного поля и прокрашивания свищевого хода красителем производился ромбовидный разрез с иссечением ЭКК, с помощью электрокоагулятора. ЭКК вместе с окружающей подкожной клетчаткой иссекался в пределах здоровых тканей до позвоночно-крестцовой фасции. Края послеоперационной раны подшивались к дну раны швами по Мошковичу.

Оценка эффективности оперативного пособия в обеих группах проводилось в сроки до 6 месяцев на основании следующих критериев:

1) возникновение послеоперационных осложнений (нагноение послеоперационной раны, несостоятельность кожных швов);

2) динамика заживления послеоперационной раны;

3) динамика болевого синдрома;

4) возникновение рецидива заболевания.

Полученные результаты представлены в виде абсолютных и относительных величин, средних со стандартным отклонением. Значимость различий количественных данных оценивали с использованием t-критерия Стьюдента, при оценке различия долей использовали критерий  $\chi^2$ .

**Результаты и обсуждение**

Статистических различий между группами пациентов по полу ( $\chi^2=0,8$ ;  $p=0,05$ ), длительности заболевания ( $t=0,21$ ;

$p=0,829$ ) не зафиксировали. Средняя длительность операции иссечения эпителиального копчикового хода с закрытием послеоперационной раны непрерывным швом с подхватом дна раны составила  $25,3 \pm 7,7$  мин., иссечение эпителиального копчикового хода со швами по Мошковичу –  $40,2 \pm 5,6$  мин. В послеоперационном периоде пациенты основной группы не отмечали выраженных болевых ощущений в области послеоперационной раны. Уровень болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале не превышал 3-4 баллов, снижался к 5 суткам до 0–1 балла и составил  $1,6 \pm 0,6$  балла. У пациентов контрольной группы болевой синдром был более выражен и до 4-5 суток составил 5-6 баллов по визуально-аналоговой шкале. Средний срок послеоперационного пребывания больных основной группы в отделении составил  $9,3 \pm 3,3$  койко-дня, контрольной группы –  $14,5 \pm 2,3$ . Сроки заживления операционной раны периа-

нальной области у пациентов основной группы составили  $18,3 \pm 2,0$  дня, у больных контрольной группы –  $29,2 \pm 2,3$  дня. Сроки реабилитации больных основной группы составили  $24 \pm 3,4$  дня, контрольной группы –  $29 \pm 3,4$  дня.

В основной группе пациентов первичное заживление раны отмечено у 22 (95,7%) пациентов. У 1 (4,3%) пациента I группы в начале отработки методики наблюдалось длительное заживление послеоперационной раны. Пациент не соблюдал рекомендации врача по поводу ограничения физической нагрузки. Рецидива заболевания не наблюдалось ни у одного пациента основной группы.

Во II группе у 6 (25%) пациентов наблюдались несостоятельность кожных швов и нагноение послеоперационной раны. Швы были сняты, и рана велась «открытым» путем, что увеличило сроки реабилитации пациентов этой группы. Данные результаты обеих групп представлены в таблице 2.

Таблица 2

**Ранние послеоперационные осложнения у пациентов (n=47) исследуемых групп**

Группы пациентов	Пациенты без осложнений Абс (%)	Пациенты с ранними послеоперационными осложнениями Абс (%)	Всего пациентов Абс (%)
Основная группа	22 (95,7%)	1 (4,3%)	23 (100%)
Контрольная группа	18 (75%)	6 (25%)	24 (100%)
Итого	40 (85,1%)	7 (14,9%)	47 (100%)

Выявлены достоверные статистические различия между группами по развитию ранних послеоперационных осложнений ( $\chi^2 = 17,13$ ;  $p = 0,005$ ).

Рецидива заболевания в основной группе зарегистрировано не было. В контрольной группе, в свою очередь, был отмечен 1 рецидив, когда пациент в послеоперационном периоде не соблюдал рекомендации врача по поводу ухода и бритья зоны операции.

Операция, выполненная пациентам основной группы, относится к «закрытому» способу радикального оперативного лечения ЭКК, и сочетает в себе полное ушивание послеоперационной раны «наглухо» и подшивание кожного лоскута к крестцово-позвоночной фасции. Тем самым снижается риск вторичного инфицирования и уменьшая полость иссеченной ЭКК. Преимуществами данной методики являются:

- меньший риск инфицирования раны;
- более точное сопоставление слоев кожи;
- использование меньшего количества шовного материала;

- сокращение времени операции в среднем на 10-15 минут;

- достижение косметического эффекта за счет более точного сопоставления кожных лоскутов.

В свою очередь операция, выполненная пациентам контрольной группы, относится к «полуоткрытому» способу ведения раны и несет в себе ряд недостатков:

- постоянное инфицирование раневой поверхности;
- достаточно большое количество несостоятельности кожных швов;
- плохой косметический эффект (послеоперационный рубец принимает вид «рыбьего остова»).

**Заключение**

Иссечение ЭКК с закрытием послеоперационной раны непрерывным швом с подхватом дна раны позволило улучшить результаты лечения пациентов с данной патологией. Отмечено снижение длительности операции пациентов основной группы в среднем на 10-15 минут. В послеоперационном периоде отмечается уменьшение интенсивности

болевого синдрома пациентов I группы. Получено меньшее количество послеоперационных осложнений у пациентов, оперированных предложенной методикой. Также нами отмечено снижение сроков реабилитации пациентов основной группы. Обращает на себя внимание лучший косметический эффект пациентов I группы.

### Список литературы

1. Groshilin V.S., Magomedova Z.K., Chernyshova E.V. Анализ эффективности использования оригинального способа хирургического лечения рецидивных копчиковых ходов // Колопроктология. – 2016. – № 2. – С. 2.

2. Денисенко В.Л. Оптимизация лечения эпителиального копчикового хода, осложненного абсцессом // Новости хирургии. – 2008. – № 16 (1). – С. 55-61.

3. Дульцев Ю.В., Ривкин В.Л. Эпителиальный копчиковый ход. – М.: «Медицина», 1988. – 128 с.

4. Карташев А.А., Чарышкин А.Л., Евтушенко Е.Г. Способ хирургического лечения больных эпителиальным копчиковым ходом // Хирург. – 2011. – № 1. – С. 3-5.

5. Лурин И.А., Цема Е.В. Этиология и патогенез пилонидальной болезни // Колопроктология. – 2013. – № 3. – С. 35-50.

6. Основы колопроктологии / Ред. Г.И. Воробьева. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2001. – 413 с.

7. Руководство по проктологии / А.М. Аминов. – Куйбышев, 1965. – Т. 1. – 518 с.

8. Экстренная колопроктология / Жуков Б.Н., Журавлев А.В., Исаев В.Р., Каторкин С.Е., Тулупов М.С. – М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2017. – 88 с.

9. Anderson A.W. Hair extracted from an ulcer // Boston Med. Surg. J. – 1847. – 36. – P.74-76.

10. Buie L. Practical proctology // Philadelphia: WB Saunders, 1937.